

Ik ben de collegae COLENBRANDER en MANSCHOT erkentelijk voor hun kritische opmerkingen. Diverse autoriteiten, waaronder COLENBRANDER en MANSCHOT, meenden in de jaren vijftig dat het ziekteproces van de prematurenretinopathie tot stilstand kon worden gebracht door de patiënt weer in een zuurstofrijke omgeving terug te brengen. Anderen bestreden deze stelling. De controverse is nimmer uitgestreden doordat nooit een voldoende grote groep behandelde kinderen is vergeleken met een controlegroep van onbehandelde prematuren. De bewijskracht van incidentele therapeutische successen is onvoldoende omdat in de vroege stadia van retrolentale fibroplasie spontane regressie veel voorkomt. Het argument om de patiëntjes geleidelijk van zuurstof te spenen is naar mijn mening niet sterk: Wanneer oedeem (zelfs bij volledige netvliesanoxie een tijdelijk verschijnsel) is opgetreden, is de obliteratie van het capillaire bed al lang definitief. Hernieuwde toediening van zuurstof zal dit oedeem wel versneld tot verdwijning kunnen brengen, maar de oxygenatie van het aangetaste netvlies niet op de lange duur kunnen verbeteren.

Ondanks het bovenstaande, en ondanks het scepticisme van de meerderheid der auteurs, is het misschien mogelijk dat zeer geleidelijke zuurstofonttrekking en zo nodig herhaling van de zuurstoftoediening therapeutisch effect hebben. Minder voorzichtig zal men dat niet mogen zeggen. De opvatting van collega MANSCHOT evenwel, dat de werkzaamheid van genoemde behandeling een uitgemaakte zaak is en dat kinderartsen en oogartsen zich daarom niet zoveel zorgen hoeven te maken, is te optimistisch en daardoor riskant.

Amsterdam, augustus 1974

R. A. CRONE

Zuurstof dient alleen te worden gegeven, als de zuurstofverzadiging van het arteriële bloed door een gebrekkige longfunctie bij de pasgeborene duidelijk is gedaald. Gezien het gevaar dat anoxie van verschillende weefsels, in het bijzonder hersenweefsel, met zich brengt, dienen dan maatregelen te worden genomen om door verhoging van de zuurstofconcentratie in de inademingslucht de anoxie te bestrijden. Het lijkt weinig zinvol een dergelijke therapie telkens te onderbreken, daar de zuurstofvoorziening van de weefsels, zodra de zuurstoftherapie wordt onderbroken, abrupt weer zal dalen, met alle gevolgen van dien.

Groningen, augustus 1974

J. H. P. JONXIS

Contraceptie bij minderjarigen

Naar aanleiding van het artikel van KREMER (1974) merk ik het volgende op:

Het adviseren van condooms aan meisjes met incidentele contacten, met name „voor de vakantie” en dan ook nog gecombineerd met al de adviezen zoals op bl. 1012 genoemd, beschouw ik als onjuist. Het is juist het „gebruik” van condooms dat vaak tot ongewenste zwangerschappen leidt om verschillende redenen:

1. Het juiste toepassen ervan is moeilijk (zie bl. 1012).

2. Het vereist vele handelingen voorafgaand aan de coïtus. Deze zijn zoals uit de praktijk blijkt, over het algemeen alleen uit te voeren door ervaren mensen en vaak alleen in een als veilig ervaren relatie.

3. Om deze redenen wordt het gebruik vaak achterwege gelaten, juist bij incidentele contacten. Veel meisjes voelen zich onmiddellijk beschouwd als „ervaren” typen als ze aan de toevallige partner vragen om een condoom te gebruiken (als ze dit al durven). Naar mijn ervaring komt het veel voor dat meisjes niet durven te praten over anticonceptie, noch over hun seksuele behoeften en angsten met incidentele partners. Ze zijn dan bang om ofwel uitgelachen of verlaten te worden, ofwel beschouwd te worden als „vrouwen waar wat mee te doen valt”. Inderdaad worden deze meisjes vaak als zodanig aanbevolen aan vrienden van de partner.

4. De bezwaren van de pil worden mijn inziens overdreven. (a) Indien de combinatiepil op de 1e of 2e dag van de menstruatie wordt begonnen is ze betrouwbaar. (b) De adaptatieklachten vallen enorm mee. (c) Slechts zelden is de pil gecontraïndiceerd en op zich is dit natuurlijk geen reden om condooms aan te bevelen aan degenen voor wie de pil niet gecontraïndiceerd is (bl. 1013).

Voor mij blijft dan als enig voordeel van het condoom over, de gedeeltelijke bescherming tegen geslachtsziekten. Wanneer men dan ook nog de morning after pill meegeeft, lijken mij de seksuele ervaringen van de cliënte in de vakantie al helemaal zwaar belast.

Ik stel voor: Indien er geen contraïndicatie voor de pil bestaat, deze zo vaak mogelijk te adviseren aan jonge meisjes, ook vlak voor de vakantie, *met uitvoerige toelichting*. De pil kan worden ingenomen zonder relatie met de coïtus, zonder last te hebben van het aanrakingstaboe en zonder dat de partner bij de anticonceptie betrokken wordt. De bijwerkingen zijn gering, de menstruatie is eventueel te regelen (uitleggen) en de betrouwbaarheid optimaal.

Literatuur: KREMER, J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1009.

Amsterdam, juli 1974

A. THOBEN

Graag wil ik de puntsgewijs gebrachte bezwaren van collega THOBEN puntsgewijs beantwoorden.

Ad 1. De meeste tienerjongens zijn voldoende handvaardig voor het aanbrengen van een soepel rubberzakje om een geërgerde penis. Niet de moeilijke techniek veroorzaakt de bij tieners relatief vaak voorkomende onwil om een condoom te gebruiken maar de (geringe) moeite die zij zich hiervoor moeten getroosten.

Ad 2. Er worden niet vele maar slechts enkele handelingen vereist. Als condoomgebruik werkelijk zo ingewikkeld zou zijn als collega THOBEN dit voorstelt, dan zou het condoom als contraceptivum niet de grote populariteit hebben gekregen die het nog steeds heeft.

Ad 3. Het meisje dat tijdens haar vakantie „aan de pil” is, voelt zich inderdaad veel „vrij” dan wanneer ze condooms niet toebehoren heeft meegebracht. Dit kan tot gevolg hebben dat het „vrijen” gemakkelijker zal resulteren in een coïtus. Of dit voor het meisje altijd een voordeel is, valt te betwijfelen. In ieder geval geeft deze „pil-vrijheid” meer kans op het krijgen van een venerische infectie.

Ad 4a. Juist tijdens de eerste tabletten-cyclus is de kans op een ontsnappingsovulatie het grootst, hoewel deze kans wel vermindert als op de 1e of 2e en niet op de 5e cyclusedag wordt begonnen. Maar ook de kans op vergeten is het grootst tijdens de eerste tabletten-cyclus; het onregelmatige leven van veel tieners tijdens een vakantieperiode werkt dit vergeten eveneens in de hand.

Ad 4b. De adaptatieklachten kunnen ook enorm tegen-

vallen en de vakantie bederven of aanleiding zijn tot voortijdig staken van het tabletgebruik.

Ad 4c. Juist in de tiengroep is de pil relatief vaak contraïndiceerd (zoals ik ook aangaf in mijn artikel, bl. 1014, 1. kolom, 2e alinea). Wanneer er echter een vaste partner is en langdurige contraceptie wordt beoogd, is de combinatiepil vaak toch de beste oplossing, ook wanneer er een onregelmatige cyclus bestaat en daarmee de kans op een „post-pil-amenorroe”. Deze herstelt bijna altijd spontaan of m.b.v. eenvoudige therapeutische maatregelen. De fertilitetsprognose bij beschadigde of afgesloten eileiders t.g.v. abortus provocatus — waarin het nalaten van betrouwbare contraceptie tegenwoordig vaak resulteert — is echter zeer slecht. In verschillende oostbloklanden, waar abortus provocatus reeds enkele decennia is geliberaliseerd, blijken extra-uteriene graviditeit en steriliteit veel voorkomende late complicaties van een medisch correct uitgevoerde abortus provocatus te zijn. Bij te dragen aan de preventie van deze trieste nasleep van ondoordacht handelen van tieners, was de belangrijkste bedoeling van mijn artikel.

Groningen, juli 1974

J. KREMER

Het ingezonden stuk van collega BOSSCHA (1974) is mij uit het hart gegrepen. Ook ik meen dat men als arts de plicht heeft aan ongehuwde tieners met klem geslachtsverkeer te ontraden. Dit betekent dat men zich de moeite — en de tijd! — moet getroosten om hierover met de betrokkene een ernstig gesprek te voeren. Dat hiervoor de huisarts de meest geschikte persoon is, spreekt voor mij vanzelf. Hij kan ook het best beoordelen of bij deze belangrijke taak de ouders — en eventueel partner — moeten worden ingeschakeld. Ten slotte zal bij de seksuele voorlichting op school aandacht aan dit probleem moeten worden geschonken.

Het spijt mij uit het antwoord van collega KREMER (1974) te moeten opmaken dat hij weinig heil ziet in een zelfdiscipline van de Nederlandse tiengroep. Mijn ervaring is dat men niet zo pessimistisch hoeft te zijn.

Literatuur: BOSSCHA, M. E. TH. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1237. — KREMER, J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1009.

's-Gravenhage, augustus 1974

W. P. PLATE

BERICHTEN

Buitenland

WERELDBERICHTEN

Consumptie van tranquilizers. Het toenemende gebruik van tranquilizers in Engeland en Wales wordt in een editorial van het *British medical Journal* (3 aug. bl. 300) vergeleken met hetzelfde verschijnsel in andere landen. Van 1965 tot 1970 is het gebruik van deze stoffen in Engeland en Wales met 60 pct gestegen. In 1970 werden in het kader van de National Health Service, de psychiatrische inrichtingen niet meegerekend, 17,2 miljoen recepten voor tranquilizers afgegeven. De praktiserende arts heeft een ruime keus uit niet minder dan 70 verschillende middelen, waarin in totaal 29 verschillende stoffen zijn verwerkt.

In een aantal Europese landen heeft men door middel van interviews aan willekeurige personen van 15 jaar en ouder een aantal vragen gesteld omtrent hun drug-consumptie. Van de ondervraagden in België en Frankrijk hadden 17 pct in het afgelopen jaar eens of meermalen een kalmerend middel gebruikt; in Spanje 10 pct, in het Verenigd Koninkrijk 14 pct. In alle landen waren hierbij de vrouwen in de meerderheid, ongeveer het dubbele van de mannen; het verhoudingsgetal nam toe met de leeftijd. Op de vraag of men gedurende een maand of langer dagelijks een sedativum had gebruikt, antwoordden in Italië 3 pct bevestigend, in het Verenigd Koninkrijk 9 pct. (Merkwaardig was, dat slechts het dubbele aantal ondervraagden aangaven dat zij „wel eens” een sedativum hadden gebruikt.) Bij een dergelijk overdadig drug-gebruik is het verwonderlijk dat er betrekkelijk zo weinig schadelijke bijwerkingen bekend zijn geworden, waarbij diazepam en chloordiazepoxide het onschuldigst bleken. De fabrikant van deze middelen waarschuwt alleen voor suffigheid bij hoge dosering, voorts voor lichte ataxie na excessief hoge doses, terwijl men voorzichtig moet zijn bij combinatie met alcohol en bij patiënten met organische hersenaandoeningen.

GROOT-BRITANNIË

Meningokokken-meningitis. In de laatste jaren is het aantal gevallen van meningokokken-meningitis gestadig toegenomen. In 1967 werden door de laboratoria in het Verenigd Koninkrijk 358 gevallen gerapporteerd. Daarna steeg het aantal gevallen elk jaar met 20 pct en in 1970 bedroeg het 544. Daarop volgden twee jaren met ongeveer gelijke cijfers, maar in 1973 bedroeg het aantal 843, terwijl in 1974 tot eind mei reeds 657 gevallen zijn gemeld. Van deze gevallen betroffen 271 (32 pct) kinderen jonger dan een jaar, en 288 (34 pct) kinderen van 1-4 jaar. Er was geen voorkeur ten aanzien van het geslacht. Ook in andere landen in en buiten Europa is een toenemende incidentie van deze infectie waargenomen. (*Brit. med. J.*, 3 aug. bl. 355.)

ITALIË

Ziekenhuis-malaise. Begin 1974 kondigden de ziekenhuisbesturen aan dat zij de uitbetaling van salarissen aan de gehele medische staf zouden staken. Zij konden ook niet anders, want er waren geen fondsen meer beschikbaar. Zelfs voor de aanschaffing van gaas, watten, spuiten, catheters, naalden en geneesmiddelen was er geen geld meer. De meeste leveranciers hebben dan ook alle afleveringen aan ziekenhuizen stopgezet, omdat zij geen betaling ontvingen.

Volgens een bericht in het *Lancet* (3 aug. bl. 278) is de oorzaak van alle misère de desorganisatie van de ziekteverzekeringen. Er bestaan in Italië 38 belangrijke particuliere verzekering-organisaties; dit betekent op zichzelf al een grenzeloze verspilling van energie en materiaal. Maar de bureaucraten verzetten zich tegen unificatie tot een gemeenschappelijke gezondheidsdienst, onder het motief dat het land een dergelijke hervorming niet kan bekostigen. Thans beseffen de Italianen wel dat het uitblijven van een dergelijke hervorming reeds veel meer heeft gekost. Spoedig